FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

NÉE 1926

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

MAURICE-LUCIEN MÉGRET

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Paris, le 28 Août 1897

---

rganisation de l'élevage des Enfants débiles à l'Hospice des Enfants-Assistés

---

Président de Thèse : M. le Professeur MARFAN

PARIS

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—

1926

Le Doyen..... ... **M. ROGER**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance..	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU. COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Histologie	BRANCA.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRÉ.
Anatomie pathologique	I. de JONG.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie médicale	FOIX.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Obstétrique	LÉVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale	RIBIERRE.
Physiologie	RICHET Fils.
Pathologie médicale	TANON.
Obstétrique	VAUDESCAL
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale	VILLARET.
Ophtalmologie	VELTER.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

Pour le service des examens

	MM.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERER.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL LAVASTINE
Clinique médicale infantile	LEREBOULLET.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique médicale	LŒPER.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A MON FRÈRE

A MES AMIS

À MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'hospice des Enfants Assistés

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui me donna, en inspirant cette thèse et en me faisant l'honneur d'en accepter la présidence, un nouveau témoignage de sa bienveillance.

Qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de ma reconnaissance et de mon attachement respectueux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1920 M. LE PROFESSEUR SCHWARTZ
M. LE DOCTEUR A. BERGÉ (IN MEMORIAM)

Externat

1921 M. LE DOCTEUR MICHON
1922 M. LE DOCTEUR A. BERGÉ (IN MEMORIAM)
1923 M. LE PROFESSEUR JEANSELME
M. LE DOCTEUR RUDAUX
1924 et 1925 M. LE PROFESSEUR MARFAN
1926 M. LE PROFESSEUR DEBRÉ

AVANT-PROPOS

Nous prions M. le Professeur MARFAN qui nous a permis, pour faire ce travail, d'utiliser toutes les ressources de son service hospitalier, de vouloir bien agréer ici l'expression de notre gratitude.

Nous remercions M. DESCHATRE, Directeur de l'hospice des Enfants-Assistés, d'avoir bien voulu mettre à notre disposition tous les documents administratifs qui nous étaient nécessaires.

INTRODUCTION

Le nombre des naissances enregistrées chaque année en France reste à peu près égal à lui-même, c'est-à-dire fort insuffisant. Par contre, la mortalité dans le premier âge est encore très élevée.

La lutte contre la dépopulation, qui revêt dans notre pays une importance non seulement sociale, mais nationale, doit chercher tout particulièrement à diminuer au maximum la mortalité infantile.

Mais c'est là un problème parfois très délicat, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants nés en état d'infériorité physique et séparés de leur mère, donc privés du sein, c'est-à-dire lorsque ces enfants sont des débiles abandonnés.

La guerre et ses conséquences sociales ont infirmé l'organisation qui, à l'hospice des Enfants-Assistés, avait jusque-là donné satisfaction. Les progrès scientifiques ont permis de concevoir une organisation nouvelle ; les résultats obtenus ont été très satisfaisants.

C'est ce que nous nous efforcerons d'exposer dans ce modeste travail.

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS SUR LES ENFANTS-ASSISTÉS

Les enfants reçus à l'hospice des Enfants-Assistés sont admis, suivant les cas, au titre d' « *enfant en Dépôt* » ou bien d' « *enfant assisté* ».

On place dans la catégorie « *Dépôt* » les enfants qui doivent être temporairement élevés par l'Assistance publique, c'est-à-dire ceux dont les parents sont dans l'incapacité momentanée de leur donner des soins; le plus souvent, les parents sont malades, en traitement dans un hôpital ou dans un asile d'aliéné; quelquefois ils sont en prison.

Les enfants « *Assistés* » sont au contraire ceux qui n'ont plus de parents susceptibles de les élever. L'Assistance publique les garde à sa charge jusqu'à leur majorité. Leur origine est très variable.

Les parents sont quelquefois décédés; dans d'autres cas, à la suite de faute très grave, ils sont privés judiciairement de leurs droits familiaux.

Mais bien plus souvent, l'abandon est volontaire : à la maternité d'un hôpital ou chez une sage-femme, une mère refuse de reconnaître pour sien l'enfant qu'elle vient de mettre au monde et de l'emmener avec elle lors de sa sortie. Quelquefois l'enfant est placé chez une nourrice qui, lasse d'être impayée et sans nouvelles des parents, fait conduire l'enfant

à l'hospice. Parfois, c'est la police qui amène un enfant trouvé dans la rue, dans une Eglise... Bien souvent, c'est la mère qui présente elle-même son enfant au bureau des abandons

La répartition se fait d'après l'état de santé et d'après l'âge des enfants ; après quatre ans, on tient compte du sexe.

Les enfants reconnus être en bon état de santé sont placés à la Crèche s'ils ont moins de quatre ans, aux « Divisions » — l'une pour les filles, l'autre pour les garçons — s'ils ont dépassé cet âge. Les « Assistés » sont ensuite envoyés à la campagne où ils sont placés dans des familles. Les enfants en « Dépôt » sont gardés à l'hospice ; cependant ceux qui doivent faire un séjour prolongé et qui ont plus d'un an, mais moins de quatre, sont envoyés à l'annexe d'Antony pour être temporairement confiés à des familles de la région. Le « placement familial » se montre très supérieur au groupement des enfants, même à la campagne, car il évite les épidémies si fréquentes et si graves dans les agglomérations d'enfants de cet âge.

Les enfants malades ou suspectés de l'être sont placés, soit dans le service de Chirurgie, si l'affection qu'ils présentent relève de cet art, soit dans une des salles du service de Médecine. Celui-ci comprend : des pavillons d'isolement et un pavillon de douteux, avec box individuels, où sont placés les enfants atteints ou seulement suspectés de maladie contagieuse ; un service dit de médecine pour les enfants de plus d'un an ; des nourriceries pour les enfants plus jeunes. Les *débiles* sont placés dès leur entrée dans les nourriceries.

Les enfants placés en « Dépôt » sont en général âgés de plus d'un an. Leur nombre est très variable.

Les « Assistés » au contraire sont le plus souvent amenés à l'hospice dans les premiers jours ou les premiers mois de leur vie et parmi eux se trouvent de nombreux débiles. Leur nombre est plus constant ; cependant il est heureux de constater qu'il décroît chaque année : en 1904, on enregistrait 5.000 abandons ; en 1924, on en note 1.800. Toutefois, pendant la guerre, le nombre des abandons a légèrement augmenté.

Cette décroissance n'est pas due à la faible natalité car, à Paris et dans le département de la Seine, le nombre des naissances augmente légèrement chaque année. Il semble qu'on puisse plutôt l'attribuer à la diminution du nombre des domestiques, aux salaires plus élevés, à la diminution du chômage, mais surtout à la multiplication et à l'importance des œuvres et organisations diverses venant en aide aux filles-mères, aux femmes qui allaitent au sein, aux familles nombreuses.

CHAPITRE II

ÉTUDE DU DÉBILE

CARACTÈRES GÉNÉRAUX

M. le Professeur Marfan a consacré à l'étude de la débilité congénitale un important travail auquel nous empruntons, pour les rappeler, quelques notions essentielles.

Il ne faut pas confondre la prématuration et la débilité congénitale. Le prématuré est un enfant né avant le terme normal de la gestation, dont la durée est de neuf mois. Le débile qui n'est pas un prématuré, est un « immaturé », c'est-à-dire un enfant, nouveau-né ou nourrisson, dont le développement insuffisant se traduit en clinique par trois ordres de signes :

Un poids au-dessous de la normale ;

Une taille au-dessous de la normale ;

Et toute une série d'attributs qui témoignent de l'inachèvement des organes et de l'imperfection de leurs fonctions.

La débilité et la prématuration peuvent se trouver chez un même enfant : un prématuré est assez souvent un débile, mais pas toujours et inversement.

Le poids et la taille des débiles sont, à la naissance, respectivement inférieurs à 3 kilogrammes et 49 centimètres.

mais il faut remarquer que c'est la taille, beaucoup plus que le poids, qui permet d'apprécier *approximativement* le degré de prématuration.

Le débile se défend mal contre les infections : sa peau, qui est fragile, est souvent le siège d'érythèmes qui s'infectent facilement, s'ulcèrent et sont parfois d'un pronostic très grave.

Sa température est quelquefois au-dessous de la normale : 36°, 35°, et variable d'un moment à l'autre. Il se refroidit rapidement, car sa surface cutanée est très augmentée par rapport à sa masse (Loi de Rubner et Ch. Richet) et son pannicule adipeux est mince ou absent, ces deux facteurs s'ajoutant pour augmenter le rayonnement.

Enfin le débile produit peu de chaleur de par le ralentissement général de ses échanges. En effet, et c'est surtout très net dans la grande débilité, la respiration est faible, désordonnée, le cœur bat avec peu d'énergie, le pouls est petit et la pression artérielle basse. La succion est souvent pénible de par l'insuffisance de la musculature. Les secrétions digestives manquent d'activité *prédisposant le débile aux troubles digestifs les plus graves lorsqu'il ne reçoit pas de lait de femme.*

Notons que le débile présente assez souvent des malformations congénitales qui peuvent compliquer fâcheusement son état (bec de lièvre, malformations cardiaque, digestive ou nerveuse).

CARACTÈRES PARTICULIERS AUX DÉBILES ASSISTÉS

Les débiles assistés sont nombreux ; ils représentent de 23 à 25 % des entrants dans les nourriceries (en 1924 sur 1.050 entrants, 238 étaient des débiles).

Ils sont séparés de leur mère et ne peuvent donc pas être allaités par elle au sein.

Nous ne possédons en général d'eux aucun renseignement concernant l'état de santé de leurs parents, frères et sœurs, la grossesse et l'accouchement et les soins reçus depuis la naissance.

Nombreux sont ceux qui nous sont apportés présentant des anomalies, les unes congénitales (malformations, signes d'hérédo-syphilis, etc...), les autres acquises (traumatismes obstétricaux ou résultant de sévices, d'alimentation défectueuse ou de refroidissement intense lorsque l'enfant a été trouvé dans la rue, l'hiver et peu vêtu, comme l'un d'eux, enveloppé d'un simple journal).

Enfin, ceux qui, à l'arrivée, semblent sains présentent souvent, par la suite, les signes d'une affection héréditaire qu'il était impossible de diagnostiquer en l'absence d'antécédents familiaux.

CAUSES DE LA DÉBILITÉ

On divise la débilité congénitale en deux formes étiologiques : la débilité simple et la débilité pathologique.

La première, dite à tort physiologique, résulte d'une entrave non morbide au développement normal du fœtus (gémelliparité, alimentation insuffisante de la mère...) ou de l'interruption accidentelle de la grossesse (surmenage, traumatisme, insertion vicieuse du placenta...) L'enfant naît débile, mais se développe normalement s'il est placé dans des conditions convenables.

La débilité est pathologique lorsque la mère est atteinte

d'une infection grave (syphilis, tuberculose, pneumonie...), ou est profondément intoxiquée (alcoolisme, saturnisme, morphinisme, diabète...). L'enfant naît à la fois débile et malade.

EXAMEN DES DÉBILES

Cliniquement, en l'absence de tous renseignements, la cause de la débilité est difficile à découvrir. A l'hospice des Enfants-Assistés, on procède de la façon suivante :

On classe les débiles en trois catégories, d'après le poids.

de 3.000 à 2.500 : débilité du 1er degré
de 2.500 à 2.000 : débilité du 2e degré
moins de 2.000 : débilité du 3e degré

La débilité du 1er degré est souvent simple, celle du 2e souvent pathologique, tandis que celle du 3e l'est presque toujours. Le degré de prématuration, lorsque celle-ci existe, nous est donné par la taille.

On apprécie l'état de la nutrition, puis on examine avec soin tous les appareils en notant les anomalies, même légères, que l'on rencontre. Cet examen est souvent répété de façon à saisir dès leur apparition et suivre de près les phénomènes morbides présentés par le débile.

On pratique une cuti-réaction à la tuberculine, que l'on répète trois fois à quelques jours d'intervalle sauf lorsqu'elle s'est montrée positive dès le début, ce qui est exceptionnel avant l'âge de trois mois. Suivant les cas, enfin, on procède à divers examens de laboratoire susceptibles d'aider à énoncer un diagnostic précis.

On s'efforce en particulier de rechercher si la débilité est la conséquence de l'hérédo-syphilis, car alors un traitement approprié et précocement institué peut seul permettre d'éle-

ver l'enfant. Si dans certains cas cette affection se révèle par des signes nets qui font porter d'emblée un diagnostic ferme (signes de certitude, B.W. +), le plus souvent elle reste latente et ne se traduit que par des signes discrets, dont le clinicien doit apprécier la valeur (signes de probabilité) et dont le groupement d'un certain nombre d'entre eux équivaut à une certitude.

On constate parmi les nouveau-nés reçus aux Enfants Assistés une forte proportion de débiles et parmi ceux-ci de très nombreux malades (beaucoup de syphilitiques) du fait même que ce sont des enfants *abandonnés*.

Bien souvent les parents, surtout la mère, sont décédés d'une affection qui explique la débilité de l'enfant.

Mais pour qu'une mère abandonne volontairement son enfant, il faut qu'elle y soit incitée par des raisons sérieuses et bien spéciales.

Elle est quelquefois une débile mentale, une déclassée, une prostituée. Le plus souvent elle est une fille-mère abandonnnée par le père de l'enfant, réduite à accepter, pour vivre, des travaux qui influencent fâcheusement la grossesse.

Cet état de misère sociale est souvent aggravé par l'alcoolisme, la syphilis surtout, la tuberculose enfin que la grossesse fait rapidement évoluer.

Un débile est difficile à élever ; il est souvent refusé par les nourrices et doit être élevé au sein par sa mère qui, de ce fait, ne peut pas travailler au dehors.

Enfin, lorsqu'il est porteur d'une malformation (bec de lièvre, pied bot, etc...), ou d'une tare (surtout syphilis), il devient pour sa mère non seulement une charge mais aussi un sujet de honte.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DE LA DÉBILITÉ CONGÉNITALE

Il comprend trois parties :

1° L'hygiène générale ;

2° Le traitement de la cause, lorsque celle-ci est découverte ;

3° L'alimentation.

L'HYGIÈNE GÉNÉRALE

A l'hospice des Enfants-Assistés, les débiles sont placés dans des salles bien aérées, largement ensoleillées, maintenues à une température constante (18°), divisées en box par des cloisons vitrées qui évitent la transmission des germes infectieux.

Pour réchauffer le débile on n'emploie pas les couveuses : l'usage les a condamnées à cause de la grosse mortalité qu'elles entraînent, soit par coup de chaleur, soit par bronchopneumonie. Les chambres d'incubation, qui sont pénibles pour le personnel et ne mettent pas à l'abri du coup de chaleur, sont également rejetées. Mais lorsque la température rectale du débile est inférieure à 36°, on enveloppe l'enfant dans l'ouate, sans l'entourer de taffetas gommé qui favorise la macération et l'infection de la peau et on garnit le lit de

boules d'eau chaude. Lorsque la température rectale atteint 36°, on habille simplement l'enfant avec des vêtements chauds.

La peau du débile est l'objet de soins particuliers : lorsque l'enfant pèse moins de deux kilogrammes on évite les bains qui prédisposent au refroidissement. Le corps est nettoyé chaque jour, soit avec un mélange à parties égales de glycérine et d'alcool, soit avec de l'eau bouillie chaude, puis bien séché avec de l'ouate. Toute plaie, si minime soit-elle, est lavée au stérésol, bien séchée, puis recouverte de poudre de talc.

Enfin l'organisme est stimulé à l'aide d'injections d'huile ethérée camphrée.

TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

Une seule cause de débilité peut pratiquement être combattue lorsqu'il est possible de la mettre en évidence : c'est la syphilis. Ce traitement doit être précoce et intensif.

Les arsenicaux forment une excellente médication d'attaque lorsqu'ils sont introduits par voie intraveineuse. Mais, chez le débile, les veines jugulaires et épicraniennes — seules accessibles — ne permettent pas toujours l'injection et la ponction du sinus longitudinal donne parfois un choc. Quant aux injections sous-cutanées, outre les inconvénients tenant à la délicatesse de la peau des débiles, leur efficacité est inférieure à celle des injections intra-veineuses.

Le bismuth détermine souvent de l'albuminurie, de l'anémie et de l'amaigrissement. Il est peu employé dans le traitement de la débilité congénitale syphilitique.

Mais le mercure, qui reste le médicament essentiel de la syphilis congénitale précoce, est employé dans la majorité des

cas, soit sous forme de frictions, soit en ingestion. Les frictions sont faites avec de l'onguent napolitain, une fois par jour pendant quinze jours, sauf chez certains grands débiles où il faut n'en faire qu'une seulement tous les deux jours. Ces frictions peuvent être irritantes pour la peau, aussi les remplace-t-on souvent par l'ingestion de solution de lactate mercurique à 1 pour 1000 donnée à la dose moyenne de *dix gouttes par kilogramme de poids et par jour, en trois fois,* ou de poudre grise au 1/3 à la dose de 0 gr. 01 par jour, pendant dix jours. Le mercure en ingestion est ordinairement très bien toléré.

L'ALIMENTATION

Le lait de femme est le meilleur aliment du débile. *Il est d'autant plus indispensable que la débilité est plus prononcée :* l'allaitement au sein par la mère est donc la solution idéale.

On veillera, lorsque la débilité est très prononcée, à ce que la succion soit suffisante pour entretenir la sécrétion lactée de la mère. Si l'enfant est trop faible pour téter, on mettra au sein de la mère un enfant plus vigoureux ; on extraira manuellement le surplus de lait que l'on donnera au débile à la cuillère ou à la sonde jusqu'au moment où l'enfant pourra prendre directement le sein. Enfin, dans tous les cas, il est nécessaire de faire faire au débile des repas courts mais assez rapprochés.

Lorsque l'allaitement maternel est impossible (mère bacillifère), le débile doit recevoir le lait d'une nourrice mercenaire. Mais il ne sera mis directement au sein que si l'examen des parents et de l'enfant démontre l'impossibilité d'une contagion et si une surveillance médicale constante et sévère peut être exercée.

A l'hospice des Enfants Assistés, on s'est depuis long temps efforcé de donner aux débiles le lait de nourrices mercenaires. Malheureusement, la guerre a eu des conséquences fâcheuses sur le recrutement de celles-ci qui, pendant trop longtemps, ont presque fait totalement défaut.

Pour faire cesser cet état de choses, M. le Professeur Marfan a demandé à l'administration de l'Assistance publique de vouloir bien réaliser certaines réformes qui furent appliquées dès mars 1924.

CHAPITRE IV

AVANT MARS 1924

L'ORGANISATION ANCIENNE, AVANT 1914

Les débiles étaient répartis entre l'hospice (nourricerie Parrot) et l'annexe de Châtillon.

Le nombre des nourrices variait suivant les besoins; on en comptait en moyenne quinze à la nourricerie, vingt à l'annexe. Le recrutement se faisait presque uniquement en province, par les Directeurs d'Agences des Enfants Assistés, qui offraient aux filles-mères les places de nourrices à l'hospice. Il se faisait également à Paris, au bureau des abandons, mais avec peu de succès. Une visite médicale précédait, bien entendu, l'admission des nourrices.

L'administration assurait la vie matérielle (nourriture, logement, chauffage, etc...) et versait un salaire mensuel d'environ soixante-quinze francs. Mais ce salaire servait en grande partie à payer la personne qui élevait l'enfant de la nourrice, lequel n'étant pas admis à l'hospice avec sa mère, devait être placé chez une nourrice, au sein lorsqu'il n'avait pas atteint sept mois, au sein ou au biberon lorsqu'il avait passé cet âge (Loi Roussel, du 23 décembre 1874, article 8).

Enfin, la nourrice devait donner directement le sein aux

enfants assistés désignés par le médecin du service, ce que certaines nourrices ne faisaient pas sans répugnance.

Cette organisation présentait de gros inconvénients : d'une part, l'enfant de la nourrice *mourait très souvent ;* d'autre part, l'enfant assisté mis au sein devait être assez vigoureux pour entretenir la secrétion lactée. Les grands débiles, ceux qui ont absolument besoin de lait de femme, s'en trouvaient privés de ce fait et aussi parce qu'ils étaient. plus que les autres, suspectés de syphilis. Enfin, malgré un choix très sérieux des débiles à mettre au sein et une surveillance continuelle, la transmission de la syphilis était à craindre. Au moindre doute on mettait l'enfant au bout de sein, mais le plus souvent on le mettait au biberon, de façon à faire profiter du sein un enfant qui semblait indemne et devoir s'élever plus sûrement. En résumé, étaient élevés au sein les débiles les plus aptes à vivre sans que l'on soit garanti contre la transmission de la syphilis. Quant aux autres, les grands débiles, ils étaient pour la plupart élevés au biberon et mouraient dans une proportion énorme.

DE 1914 A 1923

La guerre troubla profondément cette organisation.

Les travaux pénibles auxquels furent employées les femmes dans les usines et à la campagne, les restrictions alimentaires, la diffusion de la syphilis et de la tuberculose multiplièrent le nombre des débiles reçus à l'hospice des Enfants-Assistés ; l'intensification du travail des femmes, les salaires de plus en plus élevés rendirent le recrutement des nourrices des plus difficiles. Le nombre de celles-ci diminua rapidement tant à Châtillon qu'à Parrot et la plupart des débiles devaient être mis au biberon. Enfin, par suite du manque de person-

nel, la surveillance médicale et le bon fonctionnement de l'annexe de Châtillon furent difficiles à maintenir. La conséquence fut que la mortalité des débiles devint énorme : à Châtillon, elle atteignit 75 %, en 1916.

En 1919, l'annexe de Châtillon fut fermée ; nourrices et débiles furent ramenés à l'hospice où l'on organisa, à la nourricerie Billard, un service de débiles semblable à celui de la nourricerie Parrot.

Le nombre des nourrices devint infime : une à deux par nourricerie. Par périodes même, il n'y eut aucune nourrice à l'hospice.

En 1922, 222 débiles sont entrés à la nourricerie Billard ; 38 ont été nourris au sein parmi lesquels on ne compta qu'un seul décès, soit une mortalité de 2,63 %. Les 184 autres ont été nourris au biberon ; 156 d'entre eux moururent, soit une mortalité de 85 %. Cette année-là, la mortalité des débiles représenta, à la nourricerie Billard, 70 % de la mortalité totale (malades de moins d'un an et débiles).

Comme le lait de femme faisait défaut, on employa différents autres laits :

Le lait de vache ordinaire ne pouvait guère être utilisé, car, pour ne pas provoquer de troubles digestifs graves chez un débile, il faut le donner *très dilué* et à des *doses fort restreintes*. Mais alors la ration d'entretien est à peine atteinte, la croissance est nulle.

Le lait d'ânesse est très supérieur au lait de vache ordinaire ; il doit être donné aux mêmes doses et mêmes intervalles que le lait de femme. Mais il présente trois inconvénients : il est très coûteux, car assez rare ; d'autre part lorsqu'il est donné pendant plus de quinze jours, la croissance du débile

s'arrête, et cependant l'enfant n'est pas encore apte à digérer du lait de vache ordinaire, à une dilution et à des doses convenables. Enfin, le lait d'ânesse détermine des diarrhées, le plus souvent sans signes toxiques, mais très deshydratantes et graves chez les débiles. Il n'a été employé à l'hospice des Enfants-Assistés que d'une façon intermittente en raison de sa rareté.

Le lait humanisé n° 1 est en général assez bien toléré par les débiles, mais il est impossible de s'en procurer depuis la guerre.

Deux autres laits modifiés ont été employés à l'hospice pendant la guerre ; ce sont *la poudre de lait demi-maigre* et *le lait condensé sucré*. Ils sont, assez souvent, bien supportés par les enfants sains, mais, lorsqu'on les emploie comme aliments *journaliers* des débiles, il est fréquent de voir survenir des troubles digestifs.

En 1923, les débiles de la nourricerie Billard nourris au lait condensé sucré sont morts dans les proportions suivantes :

1er degré : 60 %.
2e degré : 85 %.
3e degré : 100 %.

EMPLOI DU BABEURRE

En présence de résultats aussi peu encourageants, M. le Professeur Marfan s'adressa à un autre lait modifié, *le babeurre*, connu et étudié depuis longtemps, mais dont l'emploi ne s'était pas généralisé en raison des difficultés que l'on éprouvait à s'en procurer.

Avant la guerre, M. Marfan avait employé, à l'hôpital des Enfants-Malades, un babeurre préparé à l'hôpital même et avait obtenu avec lui des résultats intéressants.

Il utilisa en 1923 un babeurre condensé préparé industriellement en Hollande, qui était un produit facile à se procurer et d'un prix raisonnable.

Utilisé selon les règles énoncées par M. Marfan, le babeurre s'est montré, en ce qui concerne l'élevage des débiles, très supérieur à tous les laits de vache modifiés, voire au lait d'ânesse, comme le montrent le mémoire de MM. Marfan, Turquety et Aris et les observations publiées dans sa thèse par le Docteur Renous. En particulier, la diarrhée cholériforme s'est montrée d'une extrême rareté.

La mortalité baissa rapidement; elle fut en 1924 à la nourricerie Billard, pour la :

Débilité du 1er degré de 45 %.
2e degré de 55 %.
3e degré de 87,5 %.

Mais son emploi exclusif a mis en valeur certaines imperfections.

La courbe du poids des grands débiles, surtout s'ils sont *prématurés*, ne commence à progresser qu'après une phase de latence durant de quinze à vingt jours, mais pendant laquelle le débile ne présente aucun trouble morbide. D'autre part, la valeur nutritive du babeurre est faible; aussi, lorsque l'enfant atteint un mois à six semaines, il apparaît comme nécessaire, pour obtenir une courbe de croissance convenable, de substituer au babeurre un autre lait (lait condensé ordinairement). Cette transformation de l'alimentation, faite progressivement, ne présente le plus souvent aucun inconvénient sérieux mais peut être quelquefois la cause de troubles digestifs graves.

Malgré ces inconvénients, le babeurre s'est montré, en l'absence de lait de femme, être un lait modifié en général bien supporté par les débiles pour l'élevage desquels il a été d'un précieux secours.

Mais tous les efforts faits avaient pour but d'obtenir des nourrices. M. Marfan soumit à l'administration de l'Assistance publique un projet de réorganisation des services de débiles et du recrutement des nourrices. Ce projet, qui nécessitait d'assez grosses dépenses nouvelles, fut accepté et entra en voie de réalisation dès mars 1924.

CHAPITRE V

L'ORGANISATION NOUVELLE

Elle s'inspire des deux principes suivants :

L'enfant sain, à plus forte raison le débile, *doit être élevé au sein par sa mère ;* aussi, doit-on s'efforcer de restreindre le plus possible le nombre des abandons de *nourrissons* en recueillant, *avec son enfant,* la mère qui allaite au sein.

Les nourrices mercenaires, indispensables pour élever les débiles abandonnés et nombre de nourrissons malades, se recruteront facilement quand on leur assurera, outre des avantages matériels suffisants, *la sauvegarde de leur santé et de celle de leur enfant.*

Et il est encourageant de constater que nombre de filles-mères, qui venaient abandonner leur enfant, deviennent d'excellentes mamans et fournissent aux enfants abandonnés le lait qui leur permettra de vivre.

DIMINUER LE NOMBRE DES ABANDONS

Depuis que les tours ont été supprimés, l'abandon des enfants se fait à « bureau ouvert ». L'enfant est présenté à un bureau spécial, ouvert le jour et la nuit. L'infirmière préposée ne peut pas exiger de renseignements de la part de la

personne qui amène l'enfant. Cependant, elle tente avec douceur et tact d'obtenir quelques renseignements essentiels (identité, antécédents médicaux) et au besoin quelques confidences. Lorsque la mère présente elle-même son enfant, l'infirmière obtient parfois la raison de l'abandon.

La misère est souvent en cause. Avant le mois de mars 1924, l'administration offrait, dans ces cas et après enquête, un secours en argent qui devait aider la mère à vivre avec son enfant en attendant du travail ou le retour au pays natal. Mais les secours étaient trop rarement accordés et toujours insuffisants. Quant aux places de nourrices, rarement vacantes, elles ne constituaient presque jamais un secours.

Depuis mars 1924, on offre aux *filles-mères* sans ressources d'entrer à la « Maison Maternelle » ouverte à l'annexe de Châtillon.

Il existe en France, mais surtout à Paris, un certain nombre d'œuvres officielles ou privées qui viennent en aide aux mères nécessiteuses qui allaitent au sein. Certaines de ces œuvres recueillent les mamans avec leur enfant. Malheureusement les crédits sont toujours limités ; aussi le nombre des places est-il restreint et le séjour prévu beaucoup trop court.

En 1916, à l'instigation du Dr Bosc, M. Le Bourdon, préfet d'Indre-et-Loire, décida de recueillir à la Crèche de la Maternité les mères nécessiteuses qui allaitent leur enfant et de leur verser, outre le logement et la nourriture, un petit salaire journalier, pendant toute la durée de l'allaitement au sein. Cette initiative donna des résultats remarquables : le nombre des abandons fut très réduit, celui des décès presque nul.

La Maison Maternelle de Châtillon est basée sur le même

principe. Les mères qui y sont reçues doivent allaiter leur enfant au sein et contribuer aux soins de la maison (ménage, cuisine), car il n'y a comme personnel qu'une Directrice. Elles reçoivent, en dehors de la vie matérielle, un secours journalier d'environ deux francs payé par moitié chaque quinzaine ; l'autre moitié forme pécule et est versée à la mère lors de son départ. Toutes les mamans emploient cet argent à améliorer leur trousseau, ainsi que celui de leur enfant. Chaque semaine, elles peuvent sortir pendant un après-midi, qu'elles emploient à faire des achats, à chercher du travail en vue de leur sortie. Beaucoup retrouvent le père de l'enfant qui, dans de nombreux cas, régularise la situation. Enfin, si la conduite est mauvaise, le renvoi a lieu immédiatement ; mais c'est là une éventualité tout à fait exceptionnelle. Ajoutons que les places de nourrices à l'hospice sont offertes aux mères saines et bonnes nourrices.

Cette Maison Maternelle, dont le service médical est confié au Dr Züber, a donné jusqu'ici des résultats appréciables : 300 enfants, chaque année, sont restés avec leur mère et ont été élevés au sein. La mortalité annuelle des enfants a été de 3 %. Les candidates aux places de nourrice à l'hospice sont plus nombreuses que les places vacantes.

LE RECRUTEMENT DES NOURRICES

La situation des nourrices a été améliorée : le traitement mensuel est de 350 francs ; la nourrice *conserve son enfant avec elle et l'élève au sein ;* enfin, dans aucun cas, un enfant assisté ne doit être mis au sein.

Six nourrices sont affectées à chacune des deux nourriceries et vivent avec leur enfant dans un local séparé de celui

des enfants assistés. Elles mangent au réfectoire des filles de service de l'hospice et partagent leur alimentation ; cependant, les aliments pouvant nuire à l'allaitement sont remplacés par d'autres. Dans la journée, elles donnent les soins à leur enfant, se promènent avec lui dans les jardins ou font des travaux de couture personnels. Elles ne doivent pas sortir de l'hospice, mais elles reçoivent des parents au parloir. Enfin, il leur est formellement interdit d'entrer dans les locaux occupés par les enfants assistés et surtout de donner le sein à ces enfants.

Budin, dans son livre « le Nourrisson », signale les différents ennuis créés dans son service par la présence des nourrices mercenaires et leur enfant, surtout la contagion qui était due à ce que les nourrices allaient et venaient de leur enfant à ceux qui lui étaient confiés, et aussi les exigences des nourrices pour leur propre enfant, au détriment des autres auxquels *elles devaient donner des soins* et qu'en fait elles négligeaient.

Toutes ces difficultés ont été supprimées à l'hospice des Enfants-Assistés : les nourrices donnent à leur enfant un sein à chaque tétée. Le lait contenu dans l'autre sein est extrait, soit à l'aide d'un succi-pompe, soit plus souvent à la main (les nourrices préfèrent la traite manuelle), sous la direction de la surveillante. Il est recueilli directement dans des biberons qui sont ensuite distribués aux enfants des nourriceries.

Nous avons noté la quantité de lait fournie journellement *aux enfants assistés* par les six nourrices de chaque nourricerie ; cette quantité varie de 5 litres 100 à 5 litres 500, *soit en moyenne 5 litres* 300.

Il faut remarquer que la plupart des nourrices présentes

sont réglées. Aux époques menstruelles de chacune d'elle, on observe une légère diminution de la quantité du lait produit sans modification apparente de sa qualité.

Nous avons essayé d'augmenter la quantité de lait fournie par chaque nourrice à l'aide de l'adrénaline et du malt.

Les nourrices ayant refusé les injections sous-cutanées, prenaient vingt gouttes de la solution d'adrénaline à 1 %, une heure avant la tétée. Cette médication n'a pas modifié les quantités de lait recueillies.

Nous avons employé un malt liquide, spécialisé, qui était pris à la dose de trois cuillères à soupe par jour. Il s'est montré absolument inefficace chez cinq nourrices. La sixième a vu sa secrétion lactée augmenter d'environ 50 à 100 grammes par tétée.

Terminons en remarquant que le lait de femme obtenu dans ces conditions est d'un prix de revient élevé (25 francs le litre environ).

Mais grâce à lui, de nombreux enfants assistés peuvent vivre et ce résultat justifie largement la dépense.

CHAPITRE VI

L'ALLAITEMENT MIXTE DES DÉBILES

Lorsque le lait de femme dont on dispose journellement dans les nourriceries est en quantité suffisante pour servir d'aliment exclusif à tous les débiles, il est injustifié de recourir à l'allaitement mixte.

Mais, il est des périodes où le nombre des débiles est très élevé. D'autre part, les nourrissons non débiles qui ont été atteints de diarrhée cholériforme ne supportent que le lait de femme dans les jours qui suivent la diète hydrique. Aussi procède-t-on chaque jour à un partage équitable du lait de femme disponible. La ration alimentaire des débiles doit être alors complétée à l'aide d'un autre lait ; celui qui a donné les meilleurs résultats est sans contredit : *le babeurre.*

LA RATION ALIMENTAIRE DU DÉBILE

Budin a montré que le nouveau-né normal doit recevoir, pour s'accroître régulièrement, une ration journalière de lait de femme représentant environ 15 % du poids de l'enfant, soit à peu près 90 calories par kilogramme de ce poids.

Un adulte moyen, faisant un travail modéré, a besoin d'une ration journalière qui représente à peu près 35 calories par kilogramme de son poids.

Le nouveau-né doit donc recevoir une ration qui, calculée en calories, est proportionnellement très supérieure à celle de l'adulte, la différence étant destinée pour une faible partie (2/10) à la croissance, mais surtout (8/10) à réparer la grosse déperdition de chaleur normalement observée chez l'enfant.

C'est là une des démonstrations de la loi des surfaces de Rubner et Ch. Richet.

Cette même loi implique la nécessité de fournir au *débile* une ration alimentaire qui, rapportée au kilogramme de poids, sera plus élevée que celle de l'enfant normal et d'autant plus que la débilité sera plus prononcée. L'expérience montre que la ration doit représenter de 120 à 160 calories par kilogramme de poids et le calcul fait savoir que cette ration renforcée correspond à peu près et dans la majorité des cas, à celle d'un enfant normal, du même âge, calculée d'après le poids.

En pratique, une ration convenablement établie peut être fort mal tolérée par le débile pour plusieurs raisons, quelquefois associées : la quantité de liquide peut être trop grande et provoquer des vomissements. Les repas petits et rapprochés, s'ils sont d'un précieux secours lorsque l'enfant reçoit du lait de femme, aggravent quelquefois la situation, surtout quand on emploie du lait de vache ordinaire très dilué. D'autre part, les glandes digestives du débile, souvent insuffisantes, ne permettent pas toujours l'assimilation totale de la ration prévue, surtout lorsque celle-ci n'est pas constituée par du lait de femme.

L'expérience montre en effet que la suralimentation n'est supportée sans grand dommage que lorsque l'enfant est au sein. Il est alors facile de faire faire au débile des repas courts mais espacés de deux heures par exemple, sans trou-

bler les fonctions digestives, alors que la plupart des autres laits donnés dans ces conditions sont d'une pratique désastreuse.

A l'hospice des Enfants-Assistés l'insuffisance de personnel infirmier oblige à ne faire faire aux débiles que sept repas pas jour, soit un toutes les trois heures. D'autre part, la valeur nutritive du babeurre est nettement inférieure à celle du lait de femme, ainsi qu'à celle du lait de vache. Calculées en calories les valeurs nutritives sont par litre, égales à :

Lait de femme,	650 calories
Lait de vache,	700 calories
Soupe de babeurre sucrée à 3 %,	520 calories

La ration en babeurre de chaque débile, correctement calculée, correspondait à une quantité de liquide telle, que divisée en sept repas, elle était difficilement acceptée par l'enfant ou mal tolérée : d'où la nécessité de faire prendre au débile une ration inférieure. Mais, dans ce cas, M. Marfan estime qu'il est préférable de se contenter de gains minimes plutôt que de risquer des troubles digestifs souvent très graves.

L'insuffisance de la ration explique dans une certaine mesure deux ordres de faits quelquefois constatés au cours de l'allaitement des débiles à l'aide du babeurre :

La courbe du poids, qui restait stationnaire pendant quinze à vingt jours, devenait assez rapidement ascendante lorsque le débile tolérait des doses suffisantes.

D'autre part, après un mois d'allaitement par le babeurre, la courbe du poids cessait de croître ; on substituait alors *progressivement* à une quantité minime de babeurre, une quantité équivalente de lait condensé jusqu'à suppression complète du babeurre. Lorsque cette substitution était faite un peu *trop rapidement*, on observait des troubles digestifs. On sait en

effet, qu'au cours d'un régime d'hypoalimentation, supporté sans troubles digestifs, ceux-ci apparaissent souvent à l'occasion d'un changement de lait et surtout lors du passage brusque à une ration supérieure à celle donnée jusque-là.

Malgré tout, l'emploi du babeurre, dans l'élevage des débiles âgés de moins d'un mois, s'est montré supérieur à l'emploi de la plupart des autres laits modifiés employés auparavant. Il a permis de diminuer considérablement la mortalité dans nos nourriceries. Le babeurre ne remplace pas le lait de femme, mais il constitue un produit précieux qu'on ne doit pas hésiter à employer lorsque celui-ci vient à manquer.

L'ALLAITEMENT MIXTE (LAIT DE FEMME ET BABEURRE)

Depuis mars 1924, les nourrices fournissent journellement pour les enfants assistés de chaque nourricerie une quantité de lait moyenne, à peu près fixe, de 5 litres 300. Ce lait est distribué aux débiles et à certains malades auxquels il est absolument nécessaire.

Lorsque le nombre des débiles et des malades est peu important, il est possible de faire un allaitement au lait de femme seulement. Chaque débile reçoit alors sept biberons par jour, la ration étant calculée comme nous l'avons dit plus haut. Les résultats sont excellents et en tous points comparables à ceux de l'allaitement au sein directement.

Mais lorsque le nombre des débiles et des malades devient tel, que la quantité de lait de femme dont on dispose devient insuffisante pour assurer à tous une ration convenable, on pratique l'allaitement mixte.

En principe, le babeurre ne doit être que l'aliment com-

plémentaire, d'autant moins abondant que la débilité est plus prononcée et que l'enfant est plus jeune.

Mais en pratique et dans de nombreux cas, c'est le lait de femme qui a été donné, en raison de son insuffisance momentanée, à titre d'aliment complémentaire. Ces cas-là ont été les plus instructifs.

Les deux laits ne sont pas mélangés. Le lait de femme est donné seul, dans un biberon, à une ou plusieurs tétées où il remplace une quantité équivalente de babeurre.

Ce mode d'allaitement, employé à l'hospice des Enfants-Assistés depuis deux ans, a permis de mettre en valeur les notions suivantes :

Pour manifester rapidement son action bienfaisante, le lait de femme doit être donné à une dose suffisante, que *l'expérience nous fait évaluer au tiers au moins de la ration journalière totale.*

Le débile qui reçoit du lait de femme peut être suralimenté ; son appétit est augmenté. Il crie, s'agite lorsqu'approche l'heure des repas. Il boit avec satisfaction et digère une quantité de babeurre qu'il refusait quelques jours auparavant ou qu'il tolérait avec peine.

Dans de nombreux cas, des débiles ont supporté une ration équivalente à 180 calories par kilogramme de poids. L'un d'eux a pris pendant plus d'une semaine, pour son plus grand bien, une ration équivalente à 210 calories.

La courbe du poids augmente régulièrement d'une vingtaine de grammes par jour ; elle ne reste plus stationnaire pendant quinze à vingt jours même dans les cas de très grande débilité. Le pannicule adipeux se constitue rapidement ; l'hypothermie cesse. L'état de l'enfant en général est rapidement amélioré.

Ajoutons que l'emploi du babeurre, au cours de l'allaitement mixte, peut être prolongée deux et trois mois, si cela est nécessaire, sans présenter d'inconvénients. A l'hospice des Enfants-Assistés, lorsque le poids de l'enfant atteint trois kilogrammes, on substitue le lait condensé au babeurre, parfois brusquement, sans voir apparaître de troubles digestifs.

Les fonctions digestives semblent être très améliorées. Les selles sont pâteuses, homogènes, d'une teinte jaune paille. Elles sont quelquefois muco-grumeleuses, mais ne semblent pas indiquer par là un état morbide. Ajoutons que la diarrhée cholériforme est absolument exceptionnelle.

Les résultats obtenus ont été très satisfaisants comme le montre le tableau du pourcentage de la mortalité des débiles à la nourricerie Billard en 1923 (allaitement au lait condensé), 1924 (par le babeurre), en 1925 (allaitement mixte : lait de femme et babeurre).

	1923	1924	1925
Débilité du I^er^	60	45	15,8
II^e^	85	55	23,3
III^e^	100	87,5	62,5

La mortalité générale des enfants de moins d'un an (enfants sains, enfants malades et débiles) qui était, à l'hospice des Enfants-Assistés, de 11,8 % en 1924, n'était plus en 1925 que de 10 %.

CHAPITRE VII

LA DÉBILITÉ PATHOLOGIQUE

Nous avons signalé jusqu'ici les cas favorables, mais nombre de débiles soumis à l'allaitement mixte ou même ne prenant que du lait de femme, s'élèvent très difficilement ou succombent dans les premiers temps de leur vie comme le montre notre statistique. Il faut en effet, considérer la cause de la débilité.

Le plus souvent, le débile abandonné à l'hospice des Enfants-Assistés n'est accompagné d'aucun des renseignements qui guident le médecin dans les Maternités ou dans les familles.

Certes, il est de nombreux cas où l'examen clinique permet de trouver la cause de la débilité, à condition de savoir attribuer aux signes notés toute leur valeur. De nombreux hérédo-syphilitiques bénéficient de la sorte d'un traitement approprié et précocement institué. L'allaitement mixte est pour eux d'un précieux secours, puisqu'il leur assure une nutrition convenable. Il faut même reconnaître que la présence du lait de femme dans l'alimentation permet un traitement mercuriel souvent intensif, sans qu'apparaissent de troubles digestifs graves.

Mais le plus souvent, en dehors des attributs de la débi-

lité, l'enfant ne présente aucun signe clinique pathologique ; il doit être tenu comme suspect parce que débile et que dans nombre de ces cas une affection héréditaire grave se révèle brusquement par la suite. L'allaitement mixte est encore ici d'un précieux secours : lorsqu'il a été institué et convenablement dirigé pendant une quinzaine de jours sans bénéfice appréciable pour l'enfant, il faut tenir pour pathologique l'origine de la débilité et instituer un traitement approprié. A l'hospice des Enfants-Assistés, lorsqu'aucun signe clinique ne vient nous guider, on soumet systématiquement ces enfants à un traitement anti-syphilitique. Dans bien des cas, une véritable résurrection se produit, mais souvent, malgré le traitement, l'enfant succombe et parmi les débiles du 3e degré qui sont décédés — parfois au bout de quelques jours — la plupart n'avaient reçu que du lait de femme.

Ceux qui se développent normalement, qui ne présentent pas de signes anormaux, sont provisoirement considérés comme ayant été atteints de débilité simple. Nous disons provisoirement car bien souvent par la suite l'état de l'enfant permet un diagnostic rétrospectif.

OBSERVATIONS

Nous avons recueilli de très nombreuses observations concernant l'allaitement mixte des débiles. Il serait fastidieux de les publier toutes. Quelques-unes sont particulièrement démonstratives; aussi les exposerons-nous en détail.

OBSERVATION I

PAULETTE. — *Débilité du III^e^ degré, prématuration, hypothermie persistante. Poids stationnaire lors de l'alimentation avec le babeurre. Développement normal à l'aide de l'allaitement mixte.*

Le 26 février 1924 sont amenés à l'hospice des jumeaux âgés de cinq jours. Le garçon pèse 1.680 grammes, la fille (Paulette) pèse 1.720 grammes. L'un et l'autre ont une taille de 43 centimètres, présentent un ictère assez foncé et de l'œdème sus-pubien. La température rectale est : 35°. Le foie, la rate et le système osseux sont cliniquement normaux.

Ces deux enfants sont enveloppés dans l'ouate, réchauffés à l'aide de boules d'eau chaude; mais tandis que Paulette est alimentée avec du babeurre, son frère reçoit du lait humanisé.

L'état du garçon reste stationnaire pendant une dizaine de jours (température : 35°, poids : 1.680 grammes). L'enfant succombe treize jours après son entrée.

Paulette tolère des doses croissantes de babeurre. Le 9 mars sa température est encore basse (35°); son poids

Observation I. - Paulette

atteint 1.800 grammes. Le 12, la température atteint 36° ; le 14, elle est à 37°. Le 19 mars, le poids est de 1.900 grammes, la quantité de babeurre toléré de 590 grammes. Malheureusement, l'enfant présente une diarrhée légère qui nous oblige à diminuer un peu la ration alimentaire. Le 25 mars, le poids n'est plus que de 1.800 grammes.

A partir du 27, on pratique l'allaitement mixte qui est très bien toléré. Les doses de lait de femme et de babeurre sont progressivement augmentées ; la courbe du poids progresse régulièrement.

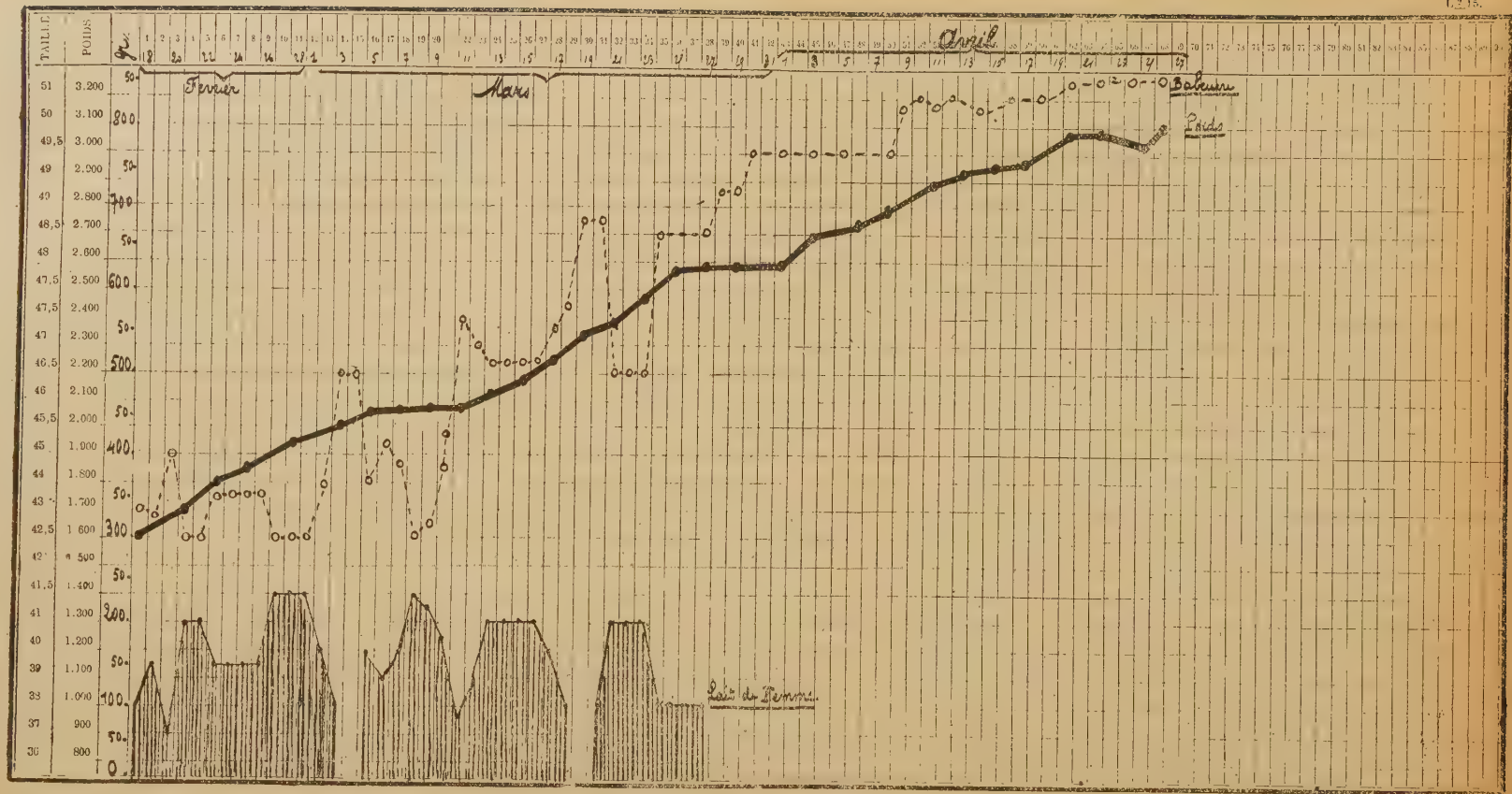
L'enfant sort le 23 mai, pesant 3.150 grammes, en parfait état de santé. Nourrie, après son départ de l'hospice, avec du lait condensé, elle a continué de croître régulièrement et de présenter tous les attributs d'une parfaite santé.

En étudiant de près la courbe du poids, on remarque que la suralimentation tentée à l'aide du babeurre a échoué, tandis qu'elle a réussi avec l'allaitement mixte. L'adjonction d'une petite quantité de lait de femme (1/5 de la ration journalière, dans les dix premiers jours) a été suivie d'une ascension rapide de la courbe du poids jusque-là à peu près stationnaire.

Si nous calculons en calories, d'une part la ration alimentaire que l'enfant devait recevoir (de 120 à 160 calories par kilogramme puisqu'il s'agit d'un débile) et d'autre part celle qui était acceptée, nous voyons que :

Le 19 mars, la ration nécessaire est comprise entre 230 et 300 calories ; celle du babeurre acceptée est de 270 calories. Elle est mal supportée (diarrhée).

Le 28 mars, le poids a diminué, mais la ration tolérée (allaitement mixte) correspond à 280 calories.



Observation II : JACQUELINE

Le 10 avril, la ration nécessaire est de 250 à 325 calories. Celle qui est tolérée est de 300.

Le 18 avril, il faudrait donner de 260 à 340. Nous donnons 425.

Le 19 mai, de 350 à 540 calories sont nécessaires. L'enfant en accepte 600.

Le régime de suralimentation, fort bien toléré, est maintenu jusqu'à la sortie. La progression de la courbe du poids ne s'est réellement manifestée qu'à partir du moment où l'allaitement mixte a été pratiqué; *elle a été en moyenne de 22 gr. 5 par jour, pendant les soixante jours de cet allaitement.*

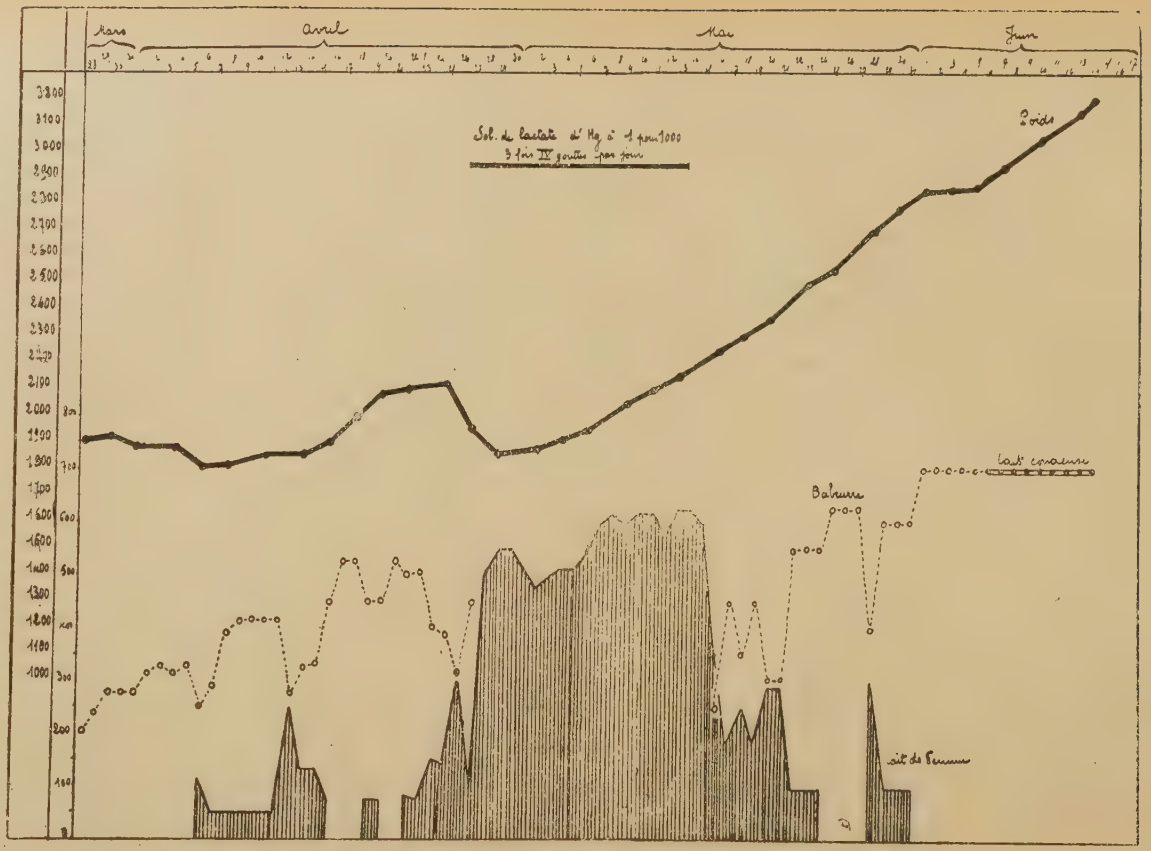
OBSERVATION II

JACQUELINE. — *Débilité du III^e^ degré. Prématuration. Pas de signes pathologiques. Croissance normale à l'allaitement mixte.*

Cette enfant entre à l'hospice âgée de dix-sept jours, pesant 1.600 grammes et mesurant 44 cm. 5. La rate, le foie, le système osseux sont cliniquement normaux. La température rectale est : 36°8.

L'allaitement mixte est institué dès le jour de l'entrée. La quantité de lait de femme atteint et dépasse parfois le 1/3 de la ration quotidienne totale.

La courbe du poids est régulièrement ascendante. Elle présente deux petits plateaux qui suivent la suppression du lait de femme. L'allaitement a été fait au babeurre exclusivement à partir du 38^e^ jour de présence à l'hospice, sans que la croissance soit influencée. L'enfant a augmenté de 1.500 gr. en soixante-huit jours, ce qui représente *un gain quotidien moyen de vingt-deux grammes.*



Observation III : JEANNE

La ration alimentaire a été maintenue pendant un mois et demi entre 150 et 160 calories par kilogramme de poids de l'enfant.

OBSERVATION III

JEANNE. — *Débilité du III^e^ degré. Prématuration. Aucun signe pathologique. Courbe du poids insuffisante lors de l'allaitement mixte, mais qui devient normale grâce traitement anti-syphilitique.*

Cette enfant entre à l'hospice le 28 mars 1925, âgée de quatre jours pesant 1.900 grammes et mesurant 44 centimètres. Elle ne présente aucun signe clinique d'hérédo-syphilis.

Pendant neuf jours, elle accepte une ration de babeurre correspondant à 160 calories, alors que la ration nécessaire à la croissance doit être comprise entre 200 et 320 calories.

Soumise à l'allaitement mixte, elle tolère une ration équivalente à 260 calories. La croissance est cependant minime. Le 29^e^ jour de présence à l'hospice, soit après vingt jours d'allaitement mixte, la courbe du poids baisse brusquement. que sa santé soit pour cela compromise.

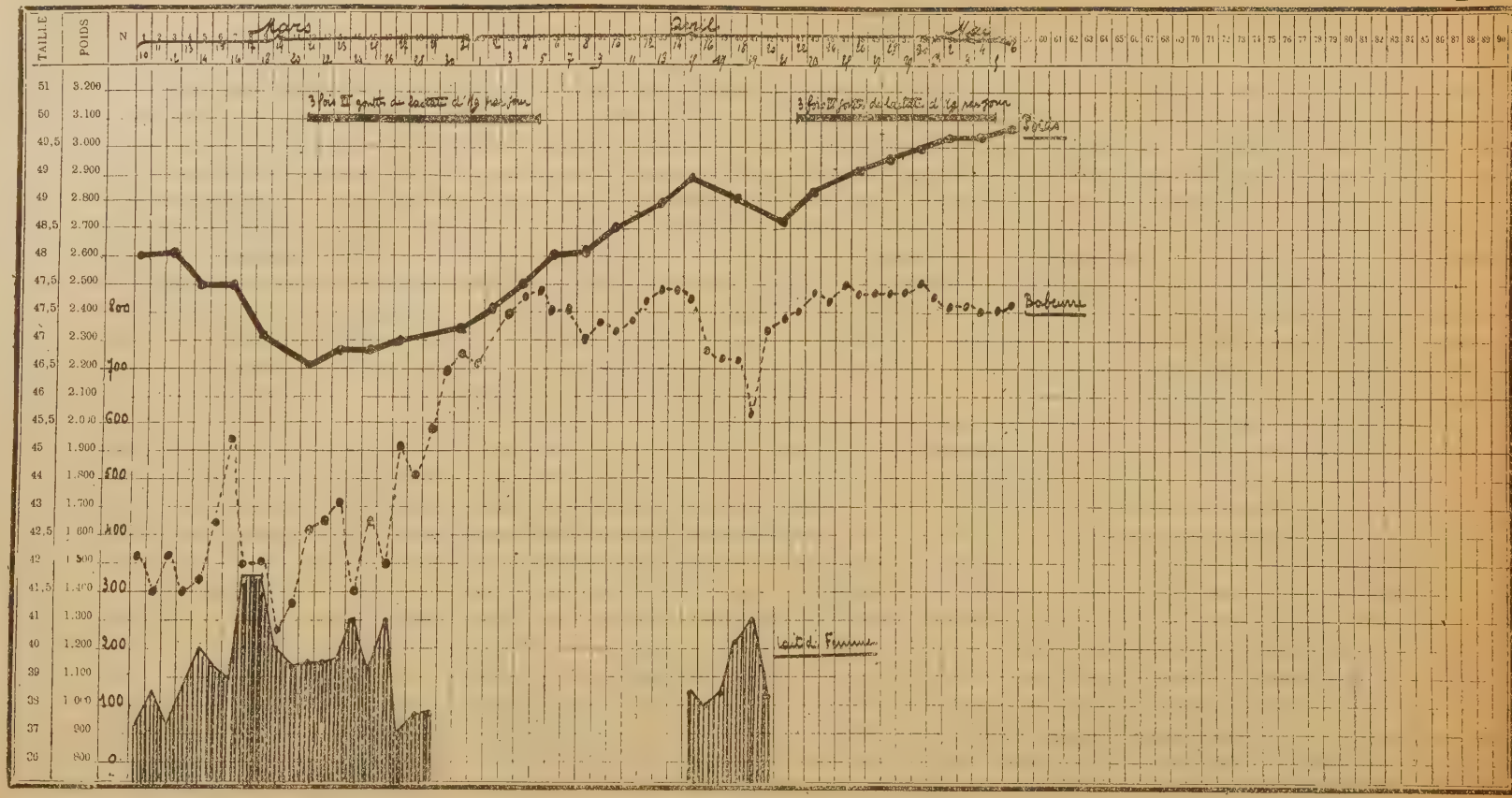
La débilité est alors rattachée à l'hérédo-syphilis et un traitement mercuriel est institué ; comme l'état général est très précaire et que l'on redoute l'apparition de troubles digestifs d'origine médicamenteuse, l'enfant ne reçoit que du lait de femme.

La courbe du poids devint alors régulièrement ascendante. L'enfant augmenta d'environ trente grammes par jour. Elle quitta le service, pesant 3.200 grammes et présentant un état général excellent.

1224—97—380—2.000

Courbe des enfants débiles

L 2 15.



Observation IV : Pierre

Elle n'a pas cessé depuis cette époque de croître normalement. Cependant elle a présenté vers l'âge de *cinq mois*, *une crise de convulsions essentielles* qui céda au traitement anti-syphilitique et qu'il est logique de rattacher à la spécificité héréditaire, comme on y avait hypothétiquement rattaché la non-croissance de l'enfant avant le traitement mercuriel et par là même, la débilité.

OBSERVATION IV

PIERRE. — *Débilité du I^er^ degré, sans signes cliniques d'hérédo-syphilis. Perte de poids progressive, malgré l'allaitement mixte. Reprise de la croissance après un traitement anti-syphilitique.*

Cet enfant entre le 10 mars, âgé de douze jours, pesant 2.600 grammes. L'allaitement mixte est institué selon les règles que nous avons indiquées; la ration est suffisante pour permettre la croissance. Le poids ne cesse de décroître. La courbe ne redeviendra ascendante qu'après un traitement mercuriel très bien supporté par les voies digestives et qu'on devra recommencer. L'enfant est sorti pesant trois kilogrammes et présentant un état général satisfaisant.

CONCLUSIONS

1° En l'absence de nourrices à l'hospice des Enfants-Assistés, l'allaitement des débiles à l'aide des divers laits modifiés a été très difficile ; le babeurre est celui qui a donné les meilleurs résultats dans les deux premiers mois de la vie, sans pouvoir cependant remplacer le lait de femme.

Celui-ci est nécessaire au débile, car il permet de lui assurer le régime de suralimentation exigé par son état.

2° Le lait de femme est non seulement bien toléré par les voies digestives du débile, mais il permet l'assimilation d'un autre lait, à doses utiles, en particulier du babeurre.

Il semble agir comme un aliment spécifique, contenant des substances spéciales dont le débile a un impérieux besoin et qu'aucun autre lait ne peut lui fournir. Le fait, qu'une quantité relativement faible de lait de femme (1/3 de la ration) permet d'obtenir des résultats comparables à ceux de l'allaitement au sein, vient à l'appui de cette conception.

3° Lorsqu'un débile soumis à l'allaitement mixte (1/3 de lait de femme au moins et du babeurre pour complément) reçoit une ration quotidienne de suralimentation (de 120 à 180 calories par kilogramme de poids) et ne profite pas, il faut considérer la débilité comme dépendant d'un état morbide et nécessitant un traitement approprié.

A l'hospice des Enfants-Assistés, la syphilis héréditaire semble être la cause la plus fréquente de la débilité pathologique.

4° Une femme peut allaiter plusieurs enfants en même temps. Si la secrétion lactée devient insuffisante, l'allaitement mixte peut être pratiqué sans inconvénients, même si les enfants sont des débiles, à la condition d'employer, dans les premiers mois, le babeurre comme lait complémentaire et une quantité de lait de femme égale ou supérieure au tiers de la ration quotidienne. Lorsque le poids de ces enfants atteint trois kilogrammes on peut, en général, substituer le lait condensé au babeurre.

Il en résulte qu'une nourrice mercenaire peut être engagée dans une famille et conserver son propre enfant au sein. Lorque la quantité de lait secrétée devient insuffisante, l'enfant de la nourrice peut être soumis à l'allaitement mixte sans que sa santé soit pour cela compromise.

Un enfant hérédo-syphilitique peut bénéficier de l'allaitement par une nourrice mercenaire à condition de ne recevoir que du lait extrait manuellement ; l'enfant de la nourrice doit être maintenu au sein pour entretenir, par sa succion, la secrétion lactée.

5° Il est possible d'éviter de nombreux abandons de nourrissons et de diminuer la mortalité infantile en créant des asiles du type des Maisons Maternelles pour les mères indigentes qui allaitent au sein ; il est nécessaire que le séjour dans ces asiles puisse être d'une durée égale à celle de l'allaitement maternel.

Vu le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président,
MARFAN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

APERT. — *Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée. Pediatrie,* T. I. (Maloine, 1923).

BOSC. — *Bulletin de l'Académie de Médecine* du 4 novembre 1919.

BUDIN. — « *Le Nourrisson* ». Leçons cliniques (Doin, 1900).

DETRÉ. — L'avenir des prématurés. Ses rapports avec la syphilis héréditaire. *Thèse de Paris,* 1912.

LEREBOULLET. — Les pouponnières et l'enseignement de la puériculture. *Paris Médical,* 7 novembre 1925.

LESAGE et Mlle KOURIANSKY. — Note sur la débilité et l'atrophie congénitales syphilitiques et leur traitement. *Le Nourrisson,* n° 4, 1919.

LESTOCQUOI. — L'élevage des nourrissons débiles. *Revue Française de Pédiatrie,* avril 1926.

MARFAN. — La débilité congénitale. *Le Nourrisson,* 1925, n^{os} 2, 3 et 4.

— L'hérédo-syphilis. Signes : *Presse Médicale,* 1923, n^{os} 33 et 36. — Traitement et prophylaxie : *Journal des Praticiens,* 1925, n^{os} 17, 18, 20, 22.

— Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge, 3^{e} édition (Masson, 1920).

— Affections des voies digestives dans la première enfance (Masson, 1923).

MARFAN. — Cliniques des maladies de la première enfance (Masson, 1926).

MARFAN, TURQUETY, ARIS. — Emploi du babeurre dans l'alimentation des nouveau-nés débiles. *Paris Médical*, 1er novembre 1924.

MARFAN, ANDÉRODIAS et CRUCHET. — Introduction à la Médecine des Enfants. *La Pratique des Maladies des Enfants* (Baillière, 1923).

MORQUIO (LUIS). — La Crèche des Enfants-Assistés de Montévidéo. *Le Nourrisson*, janvier 1926.

RENOUS. — Etude sur l'emploi du babeurre dans l'alimentation des nouveau-nés débiles. *Thèse de Paris*, 1924.

SALÈS et PIERRE VALLÉRY-RADOT. — Etude sur la débilité congénitale. Organisation d'un service de débiles. *Académie de Médecine*, 22 juillet 1924 et *le Nourrisson*, septembre 1924.

SAUMUR. — IMPRIMERIE M. CHEVALIER